



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2015

Essstörungen im Jugendalter Früherkennung und Frühtherapie heute

Koenig, Sandra ; Pauli, Dagmar

Abstract: In der Praxis treffen wir oft auf junge Patientinnen mit Essstörungen. Diese ersten Essstörungsepisoden der Jugendlichen sind in der Regel durch einen raschen Krankheitsverlauf bei geringer Störungseinsicht und kaum vorhandener Behandlungsmotivation gekennzeichnet. Im Folgenden werden der Formenkreis der Essstörungen sowie heutige Möglichkeit der Frühintervention vorgestellt.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-120709>
Journal Article
Published Version

Originally published at:

Koenig, Sandra; Pauli, Dagmar (2015). Essstörungen im Jugendalter Früherkennung und Frühtherapie heute. *Gynäkologie*, (5):16-19.

Essstörungen im Jugendalter

Früherkennung und Frühtherapie heute

In der Praxis treffen wir oft auf junge Patientinnen mit Essstörungen. Diese ersten Essstörungsepisoden der Jugendlichen sind in der Regel durch einen raschen Krankheitsverlauf bei geringer Störungseinsicht und kaum vorhandener Behandlungsmotivation gekennzeichnet. Im Folgenden werden der Formenkreis der Essstörungen sowie heutige Möglichkeit der Frühintervention vorgestellt.

SANDRA KOENIG, DAGMAR PAULI

Häufig sind es die Eltern oder Personen aus dem nahen Umfeld der Jugendlichen, die sich an Fachleute wenden und Hilfe suchen. Eine Sensibilisierung von Fachleuten, welche mit Jugendlichen oder jungen Erwachsenen arbeiten, sowie effektive Frühinterventionen können einen Beitrag zur Verhinderung von chronifizierten Krankheitsverläufen leisten.

Epidemiologie

Vorformen im Jugendalter

Studien in der Normalbevölkerung von Jugendlichen zeigen, dass viele zunehmend unzufrieden mit ihrem Körper sind und oft Diätverhalten zeigen. Eine Untersuchung an Schweizer Schulen im Jahr 2008 ergab, dass 56% der Mädchen der zweiten Sekundarstufe abnehmen wollen, 28% gerade eine Diät machen und 22% angeben, mehrmals pro Woche einen Kontrollverlust zu erleben, bei dem sie zu viel essen, ohne aufhören zu können. Über die Hälfte der Mädchen und bereits ein Drittel der Jungen dieser Altersstufe fühlen sich zu dick (1).

Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit Übergewicht (über der 85. BMI-Altersperzentile) hat sich nach jahrzehntelangem Anstieg auf hohem Niveau seit wenigen Jahren stabilisiert, der Anteil derjenigen mit Adipositas (über der 95. BMI-Perzentile) nimmt weiterhin zu. Knapp 12% der Mädchen und ebenso viele der Jungen im Alter von 6 bis 12 Jahren leiden

an Übergewicht, bei den Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren sind es bereits über 25% (2).

Die Schere zwischen dem Schlankheitsideal und dem tatsächlichen Gewicht der Jugendlichen geht somit immer weiter auseinander. Sowohl die Ablehnung des eigenen Körpers mit dem Wunsch, schlanker zu sein, als auch eine stark negative Bewertung vom «Zu-dick-Sein» gefährdete Jugendliche, eine Essstörung zu entwickeln. Gleichzeitig stellen wir fest, dass sich oft ganze Klassen von Mädchen mit ihren Essstörungen gegenseitig anstecken. Studien haben gezeigt, dass vor allem negative Bemerkungen von Peers oder Familienmitgliedern das Risiko für die Entwicklung einer Essstörung erhöhen (3, 4). Sowohl Anorexia nervosa als auch Bulimia nervosa treten familiär gehäuft auf. Immer wieder werden familiäre Faktoren wie ein hoher Level an Perfektionismus und Leistungsorientierung oder Interaktionsstörungen als ursächlich für die Entstehung von Essstörungen genannt. In klinischen Untersuchungen konnten jedoch bisher keine dieser Befunde als spezifisch für Familien mit Essstörungen identifiziert werden. Sehr häufig sind die klinisch beobachteten Auffälligkeiten der familiären Interaktion eher Folge als Ursache der Essstörung, sodass mit voreiliger Ursachenzuschreibung den Familien Unrecht getan wird.

Anorexia nervosa

Bei weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen wird von einer Prävalenz um die 0,5% für Anorexia nervosa ausgegangen, wobei atypische klinisch relevante Formen deutlich häufiger auftreten (6). Hauptmerkmal der Anorexia nervosa ist ein absichtlich herbeigeführter Gewichtsverlust; jedoch formulieren Kinder und jüngere Jugendliche diese Absicht häufig nicht klar oder sind sich dessen nicht bewusst, wenngleich die übrigen Symptome der Anorexia deutlich vorliegen. Diagnostisch wegweisend ist hier eine deutliche Angst vor Gewichtszunahme, wenn konkrete Abmachungen zum Nahrungsaufbau getroffen werden (5).

Merkmale

Besonderheiten der Essstörungen im Jugendalter:

- **Die Gewichtsbeurteilung** erfolgt immer mittels Altersperzentile und Gewichtsverlauf.
- **Früher Behandlungsbeginn** und Einbezug der Eltern verbessern die Prognose.
- **Atypische Formen und Mischformen** von Essstörungen sind häufig.
- **Bei akutem Krankheitsverlauf** sind engmaschige somatische Kontrollen indiziert.

Tabelle 1: **Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa**
(vereinfachte Darstellung nach Pauli 2013 [5])

ICD-10	DSM IV
Gewichtsverlust (BMI > 17,5) oder bei Kindern fehlende Gewichtszunahme	Weigerung, das Minimum des erwarteten Gewichtes zu halten (BMI < 17,5), Gewichtsverlust oder fehlende Gewichtszunahme
Gewichtsverlust selbst herbeigeführt	Gewichtsverlust selbst herbeigeführt
Selbstwahrnehmung als «zu fett», niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst	Körperwahrnehmungsstörung, Angst vor Gewichtszunahme
Endokrine Störung	Endokrine Störung
Kriterien der Bulimia nervosa nicht erfüllt	Präpubertär: Pubertätseintritt verzögert

Tabelle 2: **Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa**
(vereinfachte Darstellung nach Pauli 2013 [5])

ICD-10	DSM IV
Essattacken (3 Monate mindestens 2-mal pro Woche)	Essattacken mit Kontrollverlust (3 Monate mindestens 2-mal pro Woche)
Andauernde Beschäftigung mit dem Essen, Gier und Zwang zu essen	Gegenmassnahmen: Erbrechen, Hungerepisoden, Medikamente, exzessiver Sport
Gegenmassnahmen: Erbrechen, Hungerepisoden, Medikamente, exzessiver Sport	Selbstwahrnehmung unangemessen stark durch Figur und Gewicht beeinflusst
Selbstwahrnehmung als «zu fett», exzessive Angst vor dem Dickwerden	Störung tritt nicht ausschliesslich während Anorexia nervosa auf

Auch die Körperwahrnehmungsstörung im klassischen Sinn, also sich selbst bei vorliegendem Untergewicht als «dick» wahrzunehmen, liegt bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen nicht immer vor. Oft zeigt sich die Wahrnehmungsverzerrung darin, dass sich die Jugendlichen bei vorhandenem Untergewicht als normalgewichtig beschreiben. Für die fachlich richtige Diagnose einer Anorexia nervosa ist eine sorgfältige Exploration der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen unerlässlich (5).

Nach der Definition des ICD-10 muss bei einer Anorexia nervosa der Body-Mass-Index (BMI) $\leq 17,5 \text{ kg/m}^2$ betragen. Dieses Kriterium ist im Kindes- und Jugendalter nicht brauchbar, da der BMI altersabhängig ist. Die Bestimmung der Gewichtsabnahme und der Ausprägung des Untergewichts sollte deshalb mittels der BMI-Altersperzentilen nach Kronmeyer-Hauschild und Kollegen (7) erfolgen. Ein BMI von 17,5 entspricht bei einer 18-jährigen Frau einem Wert zwischen der 3. und 10. Perzentile. Bei der häufig vorgeschlagenen Definition der Anorexia nervosa bei einem BMI unterhalb der 3. Perzentile wird eine Reihe von Fällen nicht erfasst, die aufgrund eines prämorbid höheren Gewichts auch bei massivem Gewichtsverlust noch auf der 10. Altersperzentile liegen. Es wird deshalb bei Vorliegen der übrigen Symptome einer Anorexia nervosa die 10. BMI-Altersperzentile als Schwellenwert für die Anorexia nervosa bei Kindern und Jugendlichen empfohlen (8, 9).

Die endokrine Störung zeigt sich bei präpubertärem Beginn der Anorexia nervosa in der ausbleibenden Geschlechtsreifung und einer primären Amenorrhö, deren Beginn sich nicht klar festlegen lässt, weshalb dieses Kriterium für frühe Anorexielerkrankungen ebenfalls schwer anzuwenden ist.

Bei der Anorexia nervosa wird zwischen dem restriktiven und dem purgativen Typus unterschieden. Bei der restriktiven Form erfolgt die Gewichtsabnahme

ausschliesslich durch in der Menge reduzierte und selektive Ernährung, während beim purgativen Typus weitere gewichtsreduzierende Massnahmen wie Erbrechen, Einnahme von Medikamenten (Laxanzien, Diuretika, Schilddrüsenpräparate) oder exzessiver Sport dazukommen (Tabelle 1).

Bulimia nervosa

Die Prävalenz bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in industrialisierten Ländern für eine Bulimia nervosa liegt um 1 bis 2% (5). Die Bulimia nervosa ist definiert als Störung, bei der mehrmals wöchentlich Essattacken während mindestens dreier Monate vorliegen und in der Folge der Gewichtszunahme entgegenwirkende Massnahmen ergriffen werden wie Erbrechen, Einnahme von Medikamenten (Laxanzien, Diuretika, Schilddrüsenpräparate), exzessives Diätverhalten oder extreme sportliche Betätigung. Entscheidend ist, dass während des Essanfalls innerhalb kurzer Zeit objektiv grosse Mengen an Nahrungsmitteln oft wahllos gegessen werden und anschliessend kompensatorisches Verhalten gezeigt wird. Das Gewicht der Patienten mit Bulimia nervosa ist oftmals im unteren Bereich des Normalgewichtes oder leicht darunter. Da die Essattacken meist mit Scham verbunden sind, zeigen die jungen Betroffenen oft einen höheren Leidensdruck und somit eine grössere Behandlungsbereitschaft als die Jugendlichen mit anorektischen Erkrankungen (Tabelle 2).

Atypische Formen von Essstörungen

Neben den bekannten Essstörungen gibt es eine Vielzahl von atypischen Formen. Dabei handelt es sich um Mischformen oder Übergangsformen von Essstörungen, welche jeweils unter den Kategorien der atypischen Anorexia respektive atypischen Bulimia nervosa im ICD-10 erfasst werden. Besonders häufig sind die Anorexie bei noch normalgewichti-

Tabelle 3:

Eingangsuntersuchung, Empfehlungen nach Pauli (6)

Labor	Leberwerte, Nierenwerte, Elektrolyte inkl. Phosphat, Kalzium, Albumin, Glukose Vitamin B ₁₂ , Folsäure, Eisen, Ferritin Schilddrüsenparameter Differenzialblutbild
EKG	Evtl. Knochendichtebestimmung (frühestens nach Krankheitsdauer > 1 Jahr)
Klinische Untersuchung	Somatostatus inkl. Neurostatus, Blutdruck, Puls
Bildgebung	Allenfalls MRI zur Differenzialdiagnose (insbesondere bei atypischen Fällen)

gen Patienten oder anorektisch-bulimischen Mischformen, welche jeweils nicht alle Kriterien der Anorexia nervosa und der Bulimia nervosa erfüllen.

Die Prävalenz dieser atypischen Essstörungen liegt in epidemiologischen Untersuchungen bei 2 bis 5% auffallend hoch und ist vergleichbar mit derjenigen der typischen Essstörungen (10). Somit ist in der heutigen Klassifikation nach ICD-10 ein Grossteil der Essstörungen ungenügend definiert.

Als häufigste der atypischen Essstörungen im Erwachsenenalter ist die Binge-Eating-Störung zu nennen. Sie ist gekennzeichnet durch Essattacken mit erlebtem Kontrollverlust ohne anschliessende gewichtsreduzierende Massnahmen. Diese Störung führt häufig zu Übergewicht und tritt bei Kindern und Jugendlichen eher selten auf (11).

In der klinischen Praxis sehen wir bei den Patientinnen oft einen Diagnosewandel über die Zeit (12, 13). Meist beginnt die Essstörung mit einem selektiven

SCHWERPUNKT

und restriktiven Essverhalten, zunächst einer Diät, welche dann in eine anorektische Essstörung mündet. Im weiteren Krankheitsverlauf erleben die Patientinnen dann nicht selten Kontrollverluste und später massive Essattacken. Aufgrund von Schuldgefühlen und starker Angst vor einer Gewichtszunahme werden gewichtsreduzierende Massnahmen wie Erbrechen oder exzessiver Sport ergriffen. Die Patientinnen entwickeln eine Bulimie oder eine Mischform einer Essstörung. Eine grosse Anzahl der Betroffenen entwickelt innerhalb des Krankheitsverlaufs Phasen mit unterschiedlichen Symptomen und wechselt zwischen verschiedenen Diagnosen des Essstörungsspektrums.

Früherkennung

Bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen mit Essstörungen ist die Symptomatik oft erst beginnend und noch nicht chronifiziert. Häufig begegnen wir Jugendlichen, die seit Kurzem restriktiv, nach eigenen Angaben «gesund» essen, plötzlich deutlich mehr Sport treiben und bereits rasch mehrere Kilos abgenommen haben. Entscheidend für die Einschätzung, ob eine Essstörung vorliegt, ist nicht ausschliesslich das derzeitige Gewicht der Patientinnen, sondern vor allem der Gewichtsverlauf der letzten Monate. Essstörungen können auch bei vorliegendem Normalgewicht somatisch gefährlich sein, insbesondere bei raschem Gewichtsverlust – in der Praxis nicht selten

Tabelle 4:

Beurteilungskriterien für das somatische Risiko bei Essstörungen nach Treasure (10)

Übersetzung Pauli, 2013 (5)

	mittleres Risiko	hohes Risiko
Ernährungszustand		
BMI (kg/m ²)	< 15	< 13
BMI-Perzentilen	< 3	< 2
Gewichtsverlust (kg/Woche)	> 0,5	> 1,0
Purpura oder Petechien		+
Zirkulation		
Systolischer BD (mmHg)	< 90	< 80
Diastolischer BD (mmHg)	< 60	< 50
Posturaler BD-Abfall (mmHg)	> 10	> 20
Puls	< 50	< 40
Sauerstoffsättigung (%)	< 90	< 85
Zyanose der Extremitäten		+
Muskuloskelett		
Unfähig, aus der Hocke aufzustehen, ohne mit den Armen zu balancieren	+	
Unfähig, aus der Hocke aufzustehen, ohne die Arme abzustützen		+
Körpertemperatur (°C)		
	< 35	< 34,5
Labor		
	Abweichung von der Norm	Kalium < 2,5 mmol/l Natrium < 130 mmol/l Phosphat < 0,5 mmol/l
EKG		
		QT-Verlängerung (v.a. bei Kaliummangel!)

beispielsweise 10 kg innert dreier Monate –, häufigem Erbrechen oder reduzierter Trinkmenge. Es empfiehlt sich deshalb, bereits im Frühstadium eine klinische Untersuchung und eine Laborkontrolle durchzuführen.

Bedenken von Eltern in Bezug auf die Gewichtsentwicklung ihrer Jugendlichen sollten ernst genommen werden, da die Betroffenen selbst oft im Frühstadium ihrer Essstörung die Symptome verharmlosen oder sich deren Folgen wenig bewusst sind. Die Anamnese über den Verlauf der Essstörung sollte deshalb neben der persönlichen Befragung der Jugendlichen auch unter Einbezug der Bezugspersonen erfolgen (Tabelle 3 und 4).

Frühbehandlung

Eine kürzere Krankheitsdauer vor dem Behandlungsbeginn begünstigt die Prognose der Essstörungen (15). Auch der Einbezug der Eltern verbessert den Behandlungserfolg bei Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen deutlich, weshalb die Eltern als Ressource für die Therapie genutzt werden sollten (16). Hauptziel in der Behandlung der Anorexia nervosa ist der Nahrungsaufbau. Bei der Bulimia nervosa sollen regelmässige Mahlzeiten etabliert werden, bevor eine Reduktion der Essanfälle und Gegenmassnahmen angestrebt wird, da die Essattacken meist durch ungenügende Ernährung tagsüber ausgelöst werden.

Bei rasantem Gewichtsverlust sollten auch bei noch normalgewichtigen Betroffenen engmaschige somatische Kontrollen und wöchentliche Gewichtsmessungen in der Arztpraxis erfolgen. Da sich die Essstörungen bei jungen Patientinnen oft sehr schnell entwickeln, ist eine möglichst baldige Überweisung an einen qualifizierten Spezialisten auch bei mangelnder Störungseinsicht wichtig. Im Rahmen der Psychoedukation wird über die gestellte Diagnose sowie über Gefahren der Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt.

Als Indikationen für eine stationäre Einweisung gelten eine rasche und nicht innert weniger Wochen zu stoppende Gewichtsabnahme, akute Suizidalität sowie somatische Komplikationen. Kardiovaskulär stehen die durch die Unterernährung bedingte Bradykardie sowie Hypotonie im Vordergrund. Exzessives Erbrechen kann gefährliche Elektrolytstörungen zur Folge haben.

Die orale Östrogenbehandlung hat sich in Bezug auf eine Verbesserung der Knochendichte und Osteoporose als nicht effektiv erwiesen und wird nicht empfohlen (17). Bei länger anhaltendem anorektischem Untergewicht kann eine kombinierte Progesteron-Östrogen-Behandlung erwogen werden, welche leicht positive Effekte auf die Knochendichte zeigt (18). Da jedoch bei den jungen Patientinnen durch eine hormoninduzierte Menstruation eine

«Pseudonormalität» eintritt, kann die Behandlungsmotivation weiter reduziert werden. Daher sollte diese Behandlung nur in Fällen eingesetzt werden, welche nicht durch Nahrungsaufnahme innert des ersten Behandlungsjahres ein Normalgewicht erreichen. ■



lic. phil. Sandra Koenig Heuer
Leitende Psychologin
E-Mail: sandra.koenigheuer@kjpdzh.ch

Dr. med. Dagmar Pauli
Chefärztin

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Zürich
Universität Zürich
8032 Zürich
E-Mail: dagmar.pauli@kjpdzh.ch

Quellen:

1. Pini Züger F: Basisdaten zu Gesundheit und Lebensstil bei 13–16-jährigen Jugendlichen der zweiten Sekundarklassen in der Stadt Zürich, unveröffentlichte Masterthese im Rahmen des interuniversitären Weiterbildungsgangs Public Health der Universitäten Basel, Bern, Zürich; 2008.
2. Aeberli I, Henschen I, Molinari L, Zimmermann MB: Stabilization of the prevalence of childhood obesity in Switzerland. *Swiss Med Wkly.* 2010; 140: w13046.
3. Eisenberg ME, Neumak-Sztainer D, Story M: Associations of weight-based teasing and emotional well being among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003; 157(8): 733–738.
4. Wertheim EH, Martin G, Prior M, Sanson A, Smart D: Parent influences in the transmission of eating and weight related values and behaviors. *Eat Disord.* 2002; 10(4): 321–334.
5. Pauli D: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und andere Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Übersicht und Empfehlungen zu Diagnostik und Behandlung. *Swiss archives of neurology and psychiatry* 2013; 164(2): 59–69.
6. Nielsen S: Epidemiology of eating disorders. In: Jaffa T, McDermott B, editors. *Eating Disorders in Children and Adolescents.* Cambridge: Cambridge University Press; 2007: 82–94.
7. Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D, Geller F, Geiss HC, Hesse V et al.: Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschr Kinderheilkd.* 2001; 149(8): 807–818.
8. Hebebrand J, Casper R, Treasure J, Schweiger U: The need to revise the diagnostic criteria for anorexia nervosa. *J Neural Transm.* 2004; 111(7): 827–840.
9. Herpetz-Dahlmann B, Hagenah U, Vloet T, Holtkamp K: Essstörungen in der Adoleszenz. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 2005; 54(4): 248–267.
10. Le Grange D, Swanson SA, Crow SJ, Merikangas KR: Eating disorder not otherwise specified presentation in the US population. *Int J Eat Disord.* 2012; 12 (Epub ahead of print).
11. Johnson WG, Rohan KJ, Kirk AA: Prevalence and correlates of binge eating in white and African American adolescents. *Eat Behav.* 2002; 3(2): 179–189.
12. Fairburn CG, Cooper Z: Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *Br J Psychiatry.* 2011; 198(1): 8–10.
13. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Bohn K, Hawker DM et al.: Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatry.* 2009; 166(3): 311–319.
14. Treasure J, Claudino AM, Zucker N: Eating Disorders. *Lancet.* 2010; 375(9714): 583–593.
15. Steinhausen HC: Outcome of eating disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2009; 18(1): 225–242.
16. Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N: Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; (4): CD004780.
17. Herpetz-Dahlmann B, van Elburg A, Castro-Fornieles J, Schmidt U (ESCAP Expert Paper): New developments in the diagnosis and treatment of adolescent anorexia nervosa – a European perspective. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015; DOI 10.1007/s00787-015-0748-7.
18. Misra M, Katzman D, Miller KK et al.: Physiologic estrogen replacement increases bone density in adolescent girls with anorexia nervosa. *J Bone Miner Res.* 2011; 26: 2430–2438 [PubMed: 21698665].

Interessenkonflikte: keine.